

## MANAJEMEN KASUS LANSIA DEMENSIA KONFUSI KRONIS DENGAN MENGGUNAKAN PENDEKATAN MODEL ADAPTASI

Missesa<sup>1</sup>, Novy Helena Catharina Daulina<sup>2</sup>, Yossie Susanti Eka<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Poltekkes Kemenkes Palangka Raya

<sup>2</sup>Departemen Keperawatan Jiwa, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Email: [missesakalteng@yahoo.com](mailto:missesakalteng@yahoo.com)

### ABSTRAK

Prevalensi gangguan mental emosional termasuk demensia di Jawa Barat berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2013 paling banyak dialami oleh lansia. Karakteristik demensia seperti penurunan kognitif dan gangguan orientasi menimbulkan masalah keperawatan yaitu konfusi kronis. Tujuan karya ilmiah akhir ini melaporkan penerapan manajemen kasus spesialis keperawatan jiwa terhadap lansia konfusi kronis di ruang Saraswati RSMM Bogor dengan pendekatan Model Adaptasi Roy melalui intervensi keperawatan jiwa secara generalis, terapi kelompok *Reminiscence* dan *Family Psychoeducation* (FPE). Jumlah lansia yang dikelola ada 12 orang. Hasil manajemen kasus spesialis keperawatan jiwa menunjukkan bahwa penurunan tanda dan gejala konfusi kronis serta peningkatan kemampuan lansia demensia mengatasi konfusi kronis. Rekomendasi hasil karya ilmiah akhir ini adalah diharapkan perawat jiwa menerapkan terapi keperawatan generalis dan spesialis (Terapi Kelompok *Reminiscence* dan FPE) untuk perawatan lansia dengan konfusi kronis.

**Kata kunci :** Demensia, FPE, konfusi kronis, lansia, model adaptasi Roy *reminiscence*

### CHEMICAL CONFUSION DEMENSION CASE MANAGEMENT USING THE ADAPTATION MODEL APPROACH

#### ABSTRACT

*The prevalence of mental disorders including dementia emotional in West Java, based on the results of the Health Research In 2013 most widely experienced by elderly. Characteristic of dementia such as cognitive decline and disorientation that cause nursing diagnosis of chronic confusion. Psychiatric nursing care with Roy Adaptation Model approaches to overcome the chronic confusion through a generalist interventions in psychiatric nursing, therapy and family group psychoeducation Reminiscence (FPE). The purpose of final scientific papers reporting on the implementation case management of specialist psychiatric nursing to elderly with chronic confusion in Saraswati ward RSMM Bogor, use Roy Adaptation Model approach. The number of elderly who managed 12 people. The case management result of psychiatric nursing specialists showed that the reduction of signs and symptoms of chronic confusion, and increasing the ability of elderly's dementia to cope chronic confusion. Recommended final outcome of this scientific work is expected to implement nursing therapy generalist and specialist (Reminiscence Therapy and FPE) to elderly care with chronic confusion.*

**Keywords:** Dementia, FPE, chronic confusion, adaptation Roy Model, elderly.

#### PENDAHULUAN

Masalah demensia di Indonesia diidentifikasi sebagai salah satu masalah gangguan mental emosional yang dialami dengan prevalensi secara nasional berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) Tahun 2013 adalah 6,0% dengan peningkatan kejadian meningkat seiring usia lanjut tepatnya tertinggi dialami usia 75 tahun ke atas. (Badan Penelitian dan Pengembangan Kementerian Kesehatan, 2013). Data ini menggambarkan

bahwa demensia merupakan gangguan mental emosional yang banyak dialami oleh lansia.

Lebih dari 20 % orang dewasa berusia 60 dan lebih menderita gangguan mental atau neurologis terkait gangguan yang umum terjadi pada lansia salah satunya demensia yang menimbulkan dampak terhadap indikator DALY's (*Disability Adjusted Life Years*) yaitu ketidakmampuan lansia melakukan aktivitas sehari-hari (WHO, 2014). Dampak demensia pada kesejahteraan lansia seperti kesulitan

dalam memori, bereaksi, membuat rencana dan melakukan perawatan diri secara mandiri (Steele, 2010). Selain Lansia yang mengalami demensia memiliki tingkat ketergantungan yang signifikan, meningkatkan beban ekonomi karena membutuhkan perawatan jangka panjang (Melilo & Houde, 2011). Biaya perawatan pada klien demensia diperkirakan mencapai US \$ 604.000.000.000 per tahun saat ini dan akan terus meningkat lebih cepat daripada prediksi prevalensi kasusnya (Greenblat, 2012). Dampak lainnya yaitu menurunnya kualitas hidup lansia karena menurunnya kemandirian, kemampuan bekerja dan keterlibatan dalam kegiatan sosial (Bienacki, 2007). Demensia memiliki dampak pada berbagai aspek kehidupan mulai dari penurunan tingkat kemampuan, peningkatan beban ekonomi dan penurunan kualitas hidup lansia.

Respon yang menjadi ciri khas pada lansia yang mengalami demensia adalah terjadinya penurunan daya ingat kronis yang membuatnya bingung melakukan sesuatu, hal ini menjadi pertimbangan ditegakkannya diagnosa keperawatan konfusi kronis pada lansia yang mengalami demensia (Doenges, Moorhouse & Murr, 2006; Mosack, 2011; Videbeck, 2011; NANDA, 2012; Stuart, 2013; Townsend, 2014). Konfusi kronis adalah penurunan *irreversible* jangka panjang atau progresif pada kemampuan intelektual dan kepribadian yang dikarakteristikan dengan penurunan kemampuan untuk menterjemahkan stimulus lingkungan serta penurunan kapasitas proses pikir intelektual serta dimanifestasikan dengan gangguan daya ingat, orientasi dan perilaku (NANDA, 2012).

Intervensi keperawatan mengacu pada model adaptasi Roy yaitu meningkatkan kemampuan adaptasi lansia yang mengalami konfusi kronis terdiri dari tindakan keperawatan generalis dan tindakan keperawatan spesialis jiwa. Tindakan keperawatan secara generalis seperti mengkaji derajat kerusakan kognitif (misal perubahan orientasi pada orang, tempat, rentang perhatian dan kemampuan berpikir), mempertahankan lingkungan yang nyaman; melakukan pendekatan dengan pola lambat dan tenang; berhadapan dengan individu ketika berbicara; memanggil klien sesuai namanya; berbicara dengan nada suara rendah dan perlahan; selingi interaksi dengan humor,

memberi kesempatan klien mengumpulkan barang-barang milik pribadi; menciptakan aktivitas sederhana tanpa kompetitif sesuai kemampuan klien seperti stimulasi kognitif dengan musik, menonton acara televisi; melakukan hobi dan melakukan aktivitas harian sesuai kemampuan; melakukan kegiatan spiritual; memantau efek samping obat, tanda dan kelebihan; mengevaluasi pola istirahat yang adekuat (Doenges, Moorhouse & Murr, 2006).

Konsep model adaptasi Roy menjabarkan bahwa intervensi keperawatan yang diberikan kepada lansia dapat berupa stimulus dari lingkungan sekitar termasuk keluarga sebagai sumber pendukung. Hasil penelitian Schulz dan Martire (2004) menunjukkan bahwa keluarga sebagai *caregiver* mengalami masalah kesehatan karena adanya konflik dalam perawatan klien demensia dalam jangka waktu yang cukup lama, misalnya penurunan kesehatan secara fisik dan masalah psikologis seperti cemas dan depresi. Hasil penelitian Lavretsky, H., Siddarth, P., Irwin, M.R. (2010) menunjukkan fakta yang tidak jauh berbeda dengan penelitian sebelumnya bahwa keluarga yang menjadi *caregiver* klien demensia mengalami depresi. Fakta ini menjadi acuan intervensi keperawatan bahwa keluarga sebagai sumber pendukung harus dipersiapkan seoptimal mungkin dengan mengatasi masalah dalam perawatan melalui *Family Psychoeducation* (FPE).

Penerapan terapi FPE memberi dukungan terhadap kelompok keluarga khusus stress dan krisis, seperti pada kelompok pendukung keluarga dengan penyakit Alzheimer (Carson, 2000). Hasil penelitian menunjukkan bahwa FPE dapat meningkatkan kualitas hidup lansia yang mengalami depresi secara bermakna (Bharaty, Keliat & Besral, 2011). Keadaan lansia yang mengalami konfusi kronis sama halnya dengan lansia depresi yang berdampak pada psikologis keluarga, oleh karena itu FPE merupakan salah satu pilihan mengatasi diagnosa konfusi kronis pada lansia demensia.

Intervensi keperawatan pada tingkat lanjut atau kita kenal sebagai tindakan keperawatan spesialis jiwa salah satunya adalah psikoterapi (Videbeck, 2011). Psikoterapi mengatasi masalah kognitif lansia demensia diantaranya

yaitu Terapi *Reminiscence* (Innes & McCabe, 2007; Jones & Miesen, 2007; Mosack, 2011). Hasil penelitian lainnya yang dilakukan oleh Schweitzer (2013) tentang “*Reminiscence in Dementia Care*” menunjukkan terapi *Reminiscence* terbukti efektif mengatasi masalah demensia pada lansia salah satunya kemampuan kognitifnya, penelitian ini dimulai sejak Tahun 1997 sampai 2013 diawali dari Inggris kemudian beberapa negara Eropa lainnya melalui program kegiatan yaitu *Remember Yesterday Caring Today* (RYCT).

Tujuan karya ilmiah akhir ini melaporkan penerapan manajemen kasus spesialis keperawatan jiwa terhadap lansia konfusi kronis di ruang Saraswati RSMM Bogor dengan pendekatan Model Adaptasi Roy melalui intervensi keperawatan jiwa secara generalis, terapi kelompok *Reminiscence* dan *Family Psychoeducation* (FPE).

## METODE

Proses keperawatan jiwa pada lansia demensia dengan konfusi kronis terdiri dari 5 (lima) langkah kegiatan, yaitu proses pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan. Model Adaptasi Roy memandang manusia sebagai sistem yang adaptif dan holistik maka pengkajian yang dilakukan harus komprehensif diawali pengkajian stimulus, baik dari lingkungan internal dan eksternal, proses koping sesuai dengan adaptasi mode.

Pengkajian perilaku harus dilakukan oleh perawat dengan mengelompokkan respon berdasarkan 4 mode adaptif yaitu fisik, konsep diri, fungsi peran dan interdependensi. Proses keperawatan kedua dalam keperawatan jiwa yaitu penegakan diagnosa, mengacu pada Model adaptasi Roy maka proses pengambilan keputusan dengan menilai hasil identifikasi stimulus fokal, kontekstual dan residual serta respon seseorang kemudian dilanjutkan dengan diagnosis keperawatan. Proses ini selaras dengan penegakan diagnosa keperawatan NANDA (2012) dengan menganalisa data hasil pengkajian secara holistik dan komprehensif pada lansia demensia maka ditegaskan diagnosa keperawatan konfusi kronis.

Intervensi keperawatan pada lansia demensia dengan konfusi kronis disusun sesuai Model

adaptasi Roy yaitu tidak hanya ditujukan pada individu saja namun lingkungan sekitar yang berpengaruh seperti lingkungan fisik perawatan, keluarga, kelompok klien yang saling berinteraksi. Intervensi keperawatan yang dirancang terdiri dari 2 bagian yaitu intervensi keperawatan generalis dan tingkat lanjut atau intervensi keperawatan spesialis (Townend, 2014). Intervensi keperawatan spesialis pada lansia demensia yaitu Terapi *Reminiscence* (Jones & Miesen, 2004; Innes & McCabe, 2007). Psikoterapi kepada keluarga adalah FPE, dengan adanya dukungan psikologis dan informasi kepada keluarga diharapkan mereka memberikan stimulus positif pada lansia demensia dengan konfusi kronis. Implementasi keperawatan dalam Model Adaptasi Roy merupakan kegiatan memanipulasi stimulus fokal, kontekstual, atau residual.

Evaluasi keperawatan menurut model adaptasi Roy adalah sebagai penilaian efektifitas intervensi keperawatan terhadap sistem perilaku lansia. Hasil akhir dari evaluasi ini terdiri dari 2 yaitu respon adaptif atau respon inefektif, kemudian diberikan umpan balik pada level stimulus adaptasi, sehingga proses keperawatan menjadi siklus yang menghasilkan respon adaptif pada lansia.

## HASIL

Karakteristik lansia demensia dengan konfusi kronis disajikan pada tabel 1. Distribusi karakteristik lansia dengan konfusi kronis pada Tabel 1 menunjukkan bahwa lansia usia 60 – 64 tahun lebih banyak yakni 6 orang (50%), berjenis kelamin perempuan 8 orang (66,7%), tingkat pendidikan rendah setara SD memiliki jumlah yang lebih banyak yaitu 6 orang (50%). Klien sebagian besar riwayat pekerjaan yaitu tidak bekerja (ibu rumah tangga dan gelandangan) 5 orang (41,7%). Sebagian besar status perkawinan klien yaitu janda/duda 7 orang (58,3%), belum menikah yaitu 2 orang (16,7%). Frekuensi masuk RS (dirawat) 1 x adalah 7 orang (58,3%). Lansia yang tidak memiliki pengasuh (*caregiver*) ada 2 orang (16,7%), sebagian besar menganut agama Islam yaitu 10 orang (83,3%) dan Sunda adalah suku bangsa terbanyak yaitu 9 (75%).

Tabel. 1  
Distribusi Karakteristik Klien dengan Konfusi Kronis di Saraswati (n = 12)

Variabel	f	%
Usia		
a. 60 – 74 tahun	6	50
b. 75 – 85 tahun	5	41,7
c. > 85 tahun	1	8,3
Jenis Kelamin		
a. Laki-laki	4	33,3
b. Perempuan	8	66,7
Pendidikan		
a. Rendah (SD)	6	50
b. Menengah (SMP)	3	25
c. Tinggi (SMA & PT)	3	25
Pengalaman Pekerjaan		
a. PNS	4	33,3
b. Pedagang	1	8,3
c. Petani	2	16,7
d. Tidak bekerja	5	41,7
Status Perkawinan		
a. Menikah	3	25
b. Belum menikah	2	16,7
c. Janda/duda	7	58,3
Tingkat perawatan		
a. Total care	2	16,7
b. Partial care	10	83,3
c. Self care	0	0
Frekuensi masuk RS		
a. 1 kali	5	41,7
b. 2 – 5 kali	7	58,3
Caregiver		
a. Ada	10	83,3
b. Tidak ada	2	16,7
Agama		
a. Islam	10	83,3
b. Kristen	2	16,7
Suku Bangsa		
a. Sunda	8	66,7
b. Jawa	2	16,7
c. Padang	1	8,3
d. Ambon	1	8,3

Tabel 2 Faktor psikologis yang paling banyak ditemukan yaitu ada 10 orang (83,3%) dengan kepribadian tertutup. Faktor sosial budaya yang melatarbelakangi lansia dengan konfusi kronis adalah masalah ekonomi 9 orang (75%).

Tabel 3 memaparkan berdasarkan sifat stressor ditemukan bahwa faktor presipitasi biologis karena putus obat sebanyak 5 orang (41,7%), kemudian penyakit hipertensi dan gizi kurang (IMT kurang dari 18,5) masing-masing 4 orang (33,3 %). Stresor psikologis disebabkan paling banyak adalah adanya kekecewaan dengan

lingkungan (teman, tetangga, perubahan lingkungan tempat tinggal) ada 10 orang (83,3) dan kekecewaan terhadap konflik keluarga (gagal membina hubungan suami istri, konflik dengan pasangan, konflik dengan saudara, konflik dengan anak) ada 8 orang (66,7%). Stresor sosial budaya sebagian karena adanya masalah ekonomi ada 10 orang (83,3%) dan perubahan lingkungan ada 8 orang (66,7%). Sumber permasalahan pada klien seluruhnya merupakan kombinasi internal dan eksternal yaitu 12 orang (100%). Lama klien terpapar stresor sebagian besar lebih yaitu 6 bulan atau

lebih ada 7 orang (58,3%). Jumlah stressor seluruhnya lebih dari 2 (100%).

Tabel 2.  
Faktor Predisposisi pada Lansia dengan Konfusi Kronis (n = 12)

Faktor Predisposisi	f	%
Biologis		
a. Penuaan	12	100
b. Trauma kepala	2	16,7
c. Genetik	2	16,7
d. Penyakit Hipertensi	4	33,3
e. Suka makanan asin	8	66,7
f. Riwayat gangguan jiwa	3	25
g. Merokok	4	33,3
h. Tidak pernah/jarang olahraga	10	83,3
Psikologis		
a. Kepribadian tertutup	10	83,3
b. Pengalaman kehilangan	8	66,7
c. Keinginan tidak tercapai	6	50
d. Belajar ilmu kebatinan	2	16,7
Sosial		
a. Masalah pekerjaan	5	41,7
b. Konflik dalam keluarga	8	66,7
c. Ekonomi rendah	9	75
d. Pendidikan rendah	7	58,3
e. Tidak Rutin ikut kegiatan keagamaan	5	41,7
f. Jarang terlibat kegiatan sosial	7	58,3

Tabel 3.  
Distribusi Faktor Presipitasi pada Lansia dengan konfusi kronis (n = 12)

Faktor Presipitasi	f	%
Sifat		
a. Biologis		
- Putus obat	5	41,7
- Gizi kurang	4	33,3
- Penyakit hipertensi	4	33,3
b. Psikologis		
- Keinginan tidak terpenuhi	4	33,3
- Kekecewaan terhadap konflik keluarga	8	66,7
- Kekecewaan terhadap lingkungan	10	83,3
c. Sosial budaya		
- Masalah ekonomi	10	66,7
- Masalah pekerjaan	2	16,7
- Perubahan lingkungan	8	66,7
- Perpisahan dengan anggota keluarga	2	2,4
- Menggelandang	2	16,7
Asal Stresor		
a. Internal	12	100
b. Eksternal	12	100
Waktu		
a. < 6 bulan	5	41,7
b. ≥ 6 bulan	7	58,3
Jumlah Stresor		
a. 1 - 2 Stresor	0	0
b. > 2 Stresor	12	100

Tabel 4.  
Penilaian Terhadap Stresor pada Lansia Konfusi Kronis (n = 12)

Penilaian Terhadap Stresor	f	%
Respon Kognitif		
a. Mudah lupa	12	100
b. Tampak Bingung	12	100
c. Disorientasi waktu	12	100
d. Disorientasi orang	10	83,3
e. Disorientasi tempat	10	83,3
f. Tidak mampu mengenali orang terdekat	1	8,3
g. Kosentrasi menurun	12	100
h. Daya ingat jangka panjang terganggu	6	50
i. Tidak mengenali identitasnya	0	0
j. Tidak mampu mengambil keputusan	9	75
Respon Afektif		
a. Mudah cemas	8	66,7
b. Afek labil	12	100
c. Mudah marah	8	66,7
Respon Fisiologis		
a. Penampilan tidak rapi	11	91,7
b. Mudah lelah	10	83,3
Respon Perilaku		
a. Pekerjaan tidak tuntas	12	100
b. Tergantung dengan orang lain	12	100
c. Tidak mampu merawat diri	11	91,7
d. Sering mengeluh	12	100
e. Mondar-mandir/kurang koordinasi gerakan	8	66,7
f. Sulit diatur	11	91,7
Respon Sosial		
a. Menarik diri	11	91,7
b. Acuh dengan lingkungan	11	91,7

Tabel 5  
Diagnosa keperawatan yang menyertai pada lansia dengan konfusi kronis (n = 12)

Diagnosis Utama	Diagnosis penyerta	f	%
Konfusi Kronis	Isolasi social	11	91,7
	Defisit Perawatan Diri	11	91,7
	Risiko Jatuh	8	66,7
	Pola tidur tidak efektif	3	25
	Kerusakan komunikasi verbal	2	2,4
	Halusinasi	3	25
	Koping keluarga inefektif	10	83,3

Tabel 4 respon kognitif yang dialami oleh seluruh lansia dengan konfusi kronis adalah mudah lupa, tampak bingung, disorientasi waktu, kosentrasi menurun yaitu 100%, selanjutnya disorientasi tempat dan orang ada 10 orang (83,35), tidak mampu mengambil keputusan ada 9 orang (75%), daya ingat jangka panjang terganggu 50%, tidak mampu mengenali orang terdekat 1 orang (8,3%) Respon afektif yang dialami oleh seluruh lansia adalah afek labil ada 100%, respon

mudah cemas dan mudah marah ada 10 orang (83,3%). Respon fisiologis pada lansia yaitu penampilan tidak rapi 11 orang (91,7%), mudah lelah 10 orang (83,3%). Respon perilaku yang dialami oleh seluruh lansia (100%) adalah pekerjaan tidak tuntas, tergantung dengan orang lain, sering mengeluh, respon berikutnya tidak mampu merawat diri dan sulit diatur 11 orang (91,7%), mondar-mandir/kurang koordinasi gerakan ada 9 orang (75%). Respon sosial paling banyak

yaitu menarik diri dan acuh dengan lingkungan 11 orang (91,7%).

Koping mekanisme yang digunakan lansia dengan konfusi kronis sebagian besar klien menggunakan koping mekanisme memendam masalah, diam (supresi) 83,3% dan berperilaku seperti perkembangan masa kecil ketika menghadapi masalah (regresi) ada 10 orang (83,3%), selanjutnya melakukan penolakan (denial) bahwa dirinya sakit ada 8 orang 66,67%.

Lansia yang dikelola penulis memiliki diagnosa yang lain selain diagnosa Konfusi Kronis (Tabel 5), diketahui bahwa diagnosa penyerta yang paling banyak ditemukan adalah

isolasi sosial, defisit perawatan diri, risiko jatuh.

Lansia yang mengalami konfusi kronis dengan diagnosis medis demensia, demensia ada 6 orang (50%), demensia vaskuler ada 3 orang (25%) dan demensia psikotik ada 3 orang (25%).

Tindakan keperawatan yang diberikan meliputi terapi generalis dan terapi spesialis yang keduanya dilakukan oleh mahasiswa serta bekerja sama dengan perawat di Saraswati RSMM (table 6).

Tabel 6.

Distribusi Pelaksanaan Terapi Spesialis Keperawatan Jiwa pada Konfusi Kronis di Ruang Saraswati Periode 17 Februari-18 April 2014 (n = 12)

Terapi Keperawatan	Jumlah
Terapi Generalis	12
Terapi Spesialis	
a. Terapi <i>Reminiscence</i>	12
b. Terapi <i>Family Psychoeducation</i>	7

Evaluasi hasil terdiri dari 2 bagian yaitu 1) Mengukur tanda dan gejala konfusi kronis ; 2) mengukur kemampuan klien dan keluarga

mengatasi masalah konfusi kronis, sebagai berikut :



Grafik.1

Berdasarkan Grafik.1 penurunan tanda dan gejala konfusi kronis pada lansia cukup signifikan setelah diberikan terapi generalis

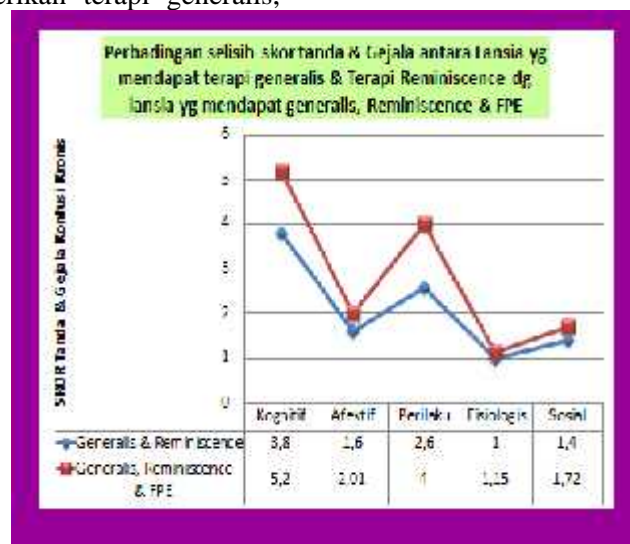
dan Terapi *Reminiscence*. Total skor menurun dari 18,8 menjadi 8,2.



Grafik.2

Berdasarkan Grafik.2 penurunan tanda dan gejala konfusi kronis pada lansia cukup signifikan setelah diberikan terapi generalis,

Terapi *Reminiscence* dan Terapi FPE. Total skor menurun dari 18,97 menjadi 4,79.



Grafik. 3

Pada kelompok lansia yang menerima terapi generalis dan Terapi *Reminiscence* ada penurunan skor tanda dan gejala 10 (53,19%). Aspek sosial mengalami penurunan yang lebih baik dibanding aspek lainnya yaitu skor 1,4 (77,78%), kemudian aspek afektif yaitu skor 1,6 (66,67%), skor aspek fisiologis 1 (60%), skor aspek kognitif 38 (51,35%) dan terakhir skor aspek perilaku 2,6 (50%). Lansia yang menerima terapi generalis, Terapi

*Reminiscence* dan Terapi FPE ada penurunan skor tanda dan gejala konfusi kronis 14,18 (74,75%), aspek afektif mengalami penurunan yang lebih baik dibanding aspek lainnya yaitu 2,01 (87,39%), kemudian skor aspek sosial 1,72 (86%), skor aspek fisiologis 1,15 (73,25%), skor aspek perilaku 4 (71,43%) dan terakhir skor aspek kognitif 52 (70,27%).

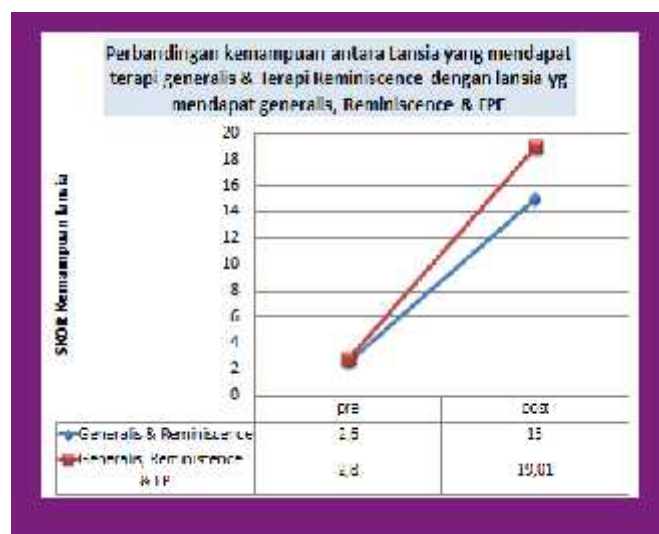


Tabel 7.  
Rata-rata Nilai MMSE pada Lansia  
(n = 12)

Variabel MMSE	Nilai min	Nilai max	<i>Mean</i>	SD	Selisih <i>Mean</i>
Lansia yang diberi terapi <i>Reminiscence</i> (n=5)					
a. Pre					
b. Post	16,00	19,00	17,60	1,14	3,20
	19,00	22,00	20,80	1,09	
Lansia yang diberi terapi <i>Reminiscence</i> dan FPE (n=7)					
a. Pre	11,00	19,00	16,43	3,15	3,43
b. Post	12,00	23,00	19,86	4,22	

Skor MMSE pada tabel 7 sebelum dan sesudah terapi menunjukkan peningkatan, lansia yang menerima *Reminiscence* ada peningkatan 3,20

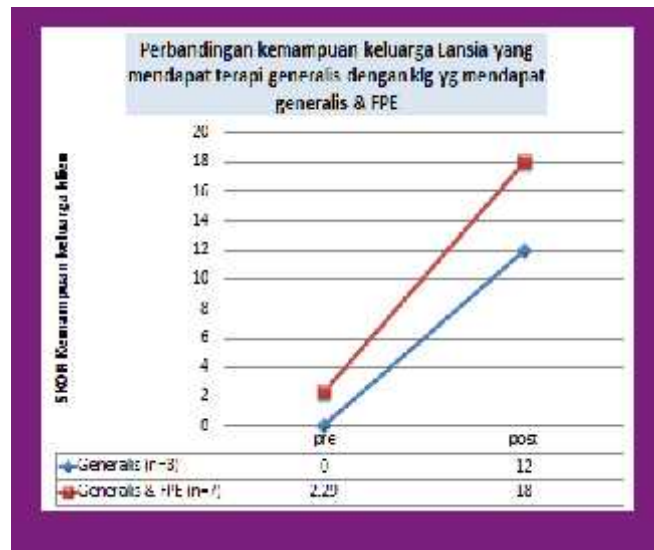
point sedangkan lansia yang menerima terapi *Reminiscence* dan FPE ada peningkatan 3,43 point.



Grafik 4.

Peningkatan kemampuan lansia pada Grafik 4. menunjukkan kelompok yang menerima terapi generalis dan terapi *Reminiscence* meningkat skor dari 2,6 (10,8%) menjadi 15 (62,5%) berarti ada selisih skor 12,4 (51,7%), sedangkan

pada kelompok yang menerima terapi generalis, Terapi *Reminiscence* dan Terapi FPE meningkat dari 2,8 (12,8%) menjadi 19,01 (74,5%), berarti ada selisih skor 16,21 (67,5%).



Grafik 5.

Berdasarkan Grafik 5. evaluasi kemampuan keluarga lansia untuk mengatasi masalah konfusi kronis meningkat, peningkatan kemampuan keluarga pada kelompok yang menerima terapi generalis dan *Reminiscence* meningkat dari skor 0 (0%) menjadi 12 (66,67%) berarti ada selisih skor 12 (66,7%), sedangkan pada kelompok yang menerima terapi generalis, Terapi *Reminiscence* dan Terapi FPE ada peningkatan skor dari 2,24 (12,4%) menjadi 18 (100%) berarti ada peningkatan skor 15,76 (87,2%).

## PEMBAHASAN

Stimulus fokal berdasarkan hasil pengkajian didapatkan bahwa lansia yang mengalami konfusi kronis semuanya dengan diagnosa medis Demensia. Hal ini sesuai dengan pernyataan Stuart (2013) bahwa seseorang yang mengalami demensia secara klinis menunjukkan defisit kognitif dan kerusakan memori utama yang merupakan ciri karakteristik diagnosa keperawatan konfusi kronis.

Stressor berikutnya yaitu penyakit hipertensi 25% yang berkontribusi terhadap kejadian demensia vaskuler, hal ini sesuai dengan pernyataan tentang penyakit serebovaskuler sekitar 15-30% dari semua kasus demensia pada usia 60-70% tahun dengan faktor predisposisi yaitu hipertensi (Downs & Bowers, 2008; Steele, 2010; Videbeck, 2013). Hasil sistematis review dan metaanalisis Pendlebury dan Rothwell (2009) terjadi pada pre stroke dengan salah satu gejala hipertensi.

Sumber permasalahan pada lansia seluruhnya (100%) merupakan kombinasi faktor internal dan eksternal. Lama klien terpapar stressor sebagian besar lebih dari 6 bulan (58,3%), dengan demikian berlangsung secara progresif. Hal ini menunjukkan bahwa kondisi ini berjalan secara relevan dengan hasil penelitian Vickland, Mcdonnell, Werner, Draper, Low, et al (2010) menunjukkan bahwa onset demensia terkait penuaan pada lansia sekitar 2 sampai 5 tahun lebih.

Lansia yang mengalami konfusi kronis di Ruang Saraswati seluruhnya tidak dapat melakukan perawatan secara mandiri berdasarkan hasil analisa kasus asuhan keperawatan ada 83,3% *partial care* dan ada 16,7% *total care*. Hasil ini relevan dengan laporan WHO (2013) bahwa demensia termasuk di dalamnya masalah keperawatan konfusi kronis merupakan penyebab meningkatnya angka disabilitas yang secara tidak langsung membuat mereka lebih banyak tergantung dengan orang lain. Hal ini didukung juga oleh pernyataan Melilo dan Houde (2011) bahwa seseorang yang mengalami demensia menimbulkan masalah ketergantungan yang signifikan sehingga membutuhkan perawatan jangka panjang mahal di terakhir tahun kehidupan.

Masalah konfusi kronis adalah usia 60 tahun ke atas hal ini sesuai dengan teori yang disampaikan dengan pernyataan Mauk (2006) bahwa lansia rentan mengalami gangguan mental emosional terkait perubahan berbagai

aspek baik dari segi biologis, psikologis dan sosial. Namun berdasarkan kelompok usia ada sedikit perbedaan dengan Smith, 2008 dalam Videbeck 2011; Steele, 2010 bahwa kejadian demensia meningkat pada usia 85 tahun ke atas sedangkan hasil analisa ditemukan lebih banyak pada kelompok usia 60-74 tahun (50%), berarti pada kelompok usia *elderly* menurut WHO, hal ini selaras dengan pernyataan Stanley dan Beare (2006) bahwa lansia usia 75-85 tahun berisiko demensia yaitu 41,7%.

Jenis kelamin perempuan pada hasil analisa kasus yang mengalami konfusi kronis lebih banyak yaitu 66,7% dimana hasil ini relevan dengan pernyataan bahwa wanita cenderung mengalami demensia karena wanita lebih panjang umur, selain itu hasil penelitian dari *Women's Health Initiative Memory* menunjukkan peningkatan demensia pada wanita yang mendapat estrogen di atas usia 65 tahun (Ide, 2008). Hasil penelitian lainnya oleh Ravaglia, Forti, Maioli, Bastagli, Montesi, *et al* (2007) menunjukkan bahwa peningkatan serum estradiol pada wanita 433 yang menunjukkan bahwa 1,75 kali lebih berisiko demensia khususnya demensia tipe Alzheimer.

Hasil penelitian Bickel, Kurz, (2009) pada 517 responden teridentifikasi 104 orang mengalami demensia dengan latar belakang pendidikan rendah, tidak memiliki / menerima pelatihan kejuruan, dan tidak pernah diangkat ke posisi terdepan. Selanjutnya hasil meta analisis Caamano-Isorna, Corral, Montes-Martínez, Bahi (2006) pada penelitian yang dipublikasi Tahun 2005 menunjukkan bahwa pendidikan yang rendah merupakan faktor risiko demensia terutama untuk demensia tipe alzhaeimer. Penulis menyimpulkan bahwa karakteristik pendidikan pada lansia demensia dan beberapa hasil penelitian tentang faktor risiko demensia relevan yaitu pendidikan rendah.

Hasil pengkajian menunjukkan seluruh lansia memiliki keyakinan terhadap agamanya masing-masing namun ada 41,7% diantaranya tidak menjalankan kegiatan keagamaan secara rutin. Hal ini relevan pernyataan Alzheimer'society (2014) tentang penurunan kegiatan spiritual akan meningkatkan risiko demensia. Hasil penelitian Hill *et all* (2006) menunjukkan bahwa aktivitas spiritual yang rutin diikuti akan mengurangi risiko penurunan kognitif dibanding yang mereka yang aktif

dalam aktifitas keagamaan. Spiritual yang baik akan menurunkan risiko demensia yaitu lansia rutin menjalankan kegiatan spiritual sesuai agamanya.

Riwayat permasalahan ekonomi ada 75% yang menggambarkan bahwa masalah ini memiliki kontribusi cukup besar dalam kesehatan mental emosional seseorang. Hasil pengkajian ini sesuai dengan teori yang disampaikan Stuart (2013) bahwa masalah ekonomi menjadi faktor risiko. Hasil studi yang mendukung pernyataan tersebut adalah studi kohort longitudinal oleh De Deyn, Goeman, Vervaeke, Dourcy-Belle-Rose, Van Dam, *et al* (2011) pada 825 lansia dengan masa tindak lanjut 3 tahun menunjukkan bahwa demensia tipe Alzheimer (DAT) adalah yang paling umum menyebabkan kerusakan kognitif dan lebih menonjol di daerah dengan status sosial ekonomi rendah.

Pemeliharaan kesehatan yang masih diabaikan yaitu olahraga, berdasarkan hasil pengkajian 83,3% lansia tidak pernah atau jarang melakukan olahraga. Hasil penelitian Turana (2013) dalam Kementerian Kesehatan R.I (2013) menunjukkan bahwa pada lansia yang melakukan olahraga terjadi peningkatan *Brain Derived Neurotropic Factor* (BDNF) sedangkan lansia yang jarang melakukan aktivitas seperti olahraga terjadi penurunan kadar BDNF yang memiliki peran penting dalam fungsi kognitif seseorang.

Faktor psikologis yang paling banyak ditemukan berdasarkan hasil pengkajian adalah 83,3% dengan kepribadian tertutup, selanjutnya 8 orang (66,7%) dengan pengalaman kehilangan. Pada usia lansia adalah tahapan dimana seseorang memiliki berbagai pengalaman kehilangan lebih banyak dibanding perkembangan sebelumnya baik dari segi fisik seperti penuaan struktur dan fungsi organ, ditambahkan lagi kehilangan anggota keluarga karena perpisahan. Hal ini relevan dengan pernyataan bahwa depresi yang kurang tepat pada akhirnya lansia berisiko mengalami masalah kognitif (Alzheimer'society, 2014). Penulis berpendapat bahwa psikologis seseorang akan mempengaruhi pola pikir seseorang sehingga ia lebih pasif dan secara tidak langsung menurunkan semangat berpikir.

Respon fisiologis pada lansia yang mengalami konfusi kronis yaitu tidak ada penurunan

kesadaran, hal inilah yang membedakan antara konfusi kronis dan konfusi akut (NANDA, 2012). Mudah lelah 83,3% hal ini sesuai dengan pernyataan bahwa lansia demensia akan merasa mudah lelah CPM Resource Center, 2011). Respon lainnya berdasarkan hasil pengkajian adalah penampilan tidak rapi 11 orang (91,7%) hal ini relevan dengan teori yang disampaikan Steele (2010) bahwa lansia yang mengalami masalah kognitif akan kesulitan melakukan perawatan diri secara mandiri (Steele, 2010).

Terapi *Reminiscence* memiliki esensi yaitu membangkitkan pengalaman yang menyenangkan kemudian mengambil makna positif dan spirit dari kenangan tersebut melalui trigger untuk mengatasi masalah saat ini dan beradaptasi terhadap perubahan. Mengacu pada esensi tersebut tentunya tepat kiranya digunakan model adaptasi Roy, input stimulus secara fisik diberikan seperti *recall* kenangan dengan stimulasi lima panca indera seperti musik untuk didengar, album photo untuk dilihat, perfume untuk rangsang penciuman (Bulechek, Butcher & Dochterman 2008; Touhy, Jett & Ebersole, 2012). Inovasi stimulus yang diberikan dengan sentuhan budaya misalnya alat permainan masa kecil, makanan, kegiatan hari raya. Hal ini relevan dengan konsep *Reminiscence* yang disampaikan Bulechek, Butcher dan Dochterman (2008) bahwa perlu digunakan alat peraga yang peka budaya, memiliki tema dan tehnik yang tepat.

Selanjutnya pelaksanaan psikoedukasi keluarga diberikan kepada 7 keluarga klien dan memberikan dampak positif dimana keluarga mengungkapkan wawasan mereka lebih banyak. hal ini selaras dengan dengan hasil penelitian Schulz dan Martire (2004) menunjukkan bahwa keluarga sebagai *caregiver* mengalami masalah kesehatan karena adanya konflik dalam perawatan klien demensia dalam jangka waktu yang cukup lama, misalnya penurunan kesehatan secara fisik dan masalah psikologis seperti cemas dan depresi.

Hasil penelitian oleh Andrén, dan Elmståhl (2008) menunjukkan bahwa intervensi psikososial 5 sesi konseling setiap minggu selama 3 bulan pada 153 *caregiver* klien demensia menunjukkan bahwa meningkatnya dukungan perawatan klien di rumah dan penundaan perawatan di institusi lansia selama

6 bulan. Oleh karena itu penerapan Psikoedukasi ini relevan dengan teori yang disampaikan Carson (2000) bahwa melalui psikoedukasi ini keluarga mendapat informasi dan berlatih secara efektif mengatasi stress dan krisis yang dialami sehingga mampu memberikan dukungan perawatan pada lansia dengan konfusi kronis.

Aspek sosial pada lansia yang mengalami konfusi kronis menempati urutan pertama mengalami perubahan dibanding aspek lainnya hal ini relevan dengan penelitian Missesa, Keliat, Wardhani, Putri (2013) yang menunjukkan bahwa adanya peningkatan kemampuan sosialisasi pada lansia depresi yang diberikan terapi *Reminiscence* karena adanya interaksi dalam kelompok saat lansia membagikan pengalaman yang berkesan dan dibangunnya suasana yang menyenangkan.

Lansia yang mendapat Terapi *Reminiscence* menurun tanda dan gejala konfusi kronis pada aspek sosial yaitu 1,74 point (87%), sedangkan pada lansia yang mendapat Terapi *Reminiscence* dan FPE meningkat aspek sosial 3 point (60%) berarti lebih baik 1,26 point. Hal ini relevan dengan hasil penelitian yang Schweitzer (2013) menunjukkan bahwa terapi *Reminiscence* dengan dukungan *caregiver* merupakan program perawatan yang dapat meningkatkan kemampuan lansia demensia salah satunya peningkatan kemampuan sosial pada klien.

Penurunan tanda dan gejala konfusi kronis pada lansia cukup signifikan setelah diberikan terapi generalis dan terapi spesialis. Penurunan tanda dan gejala lansia pada lansia yang mendapat Terapi generalis dan *Reminiscence* meningkat skor 10 (53,19%), sedangkan lansia yang mendapat Terapi generalis, *Reminiscence* dan FPE adanya peningkatan yaitu 14,18 (74,75%). Lansia yang mendapat terapi generalis, terapi kelompok *Reminiscence* dan FPE menunjukkan peningkatan yang lebih baik dengan selisih skor 4,1 dibanding dengan lansia yang hanya mendapat terapi generalis dan terapi kelompok *Reminiscence*. Hal ini relevan dengan hasil penelitian Bharaty, Keliat, Besral (2011) bahwa lansia depresi yang mendapat terapi *Reminiscence* dan FPE mengalami penurunan masalah keperawatan lebih baik dibanding lansia yang hanya mendapat terapi kelompok *Reminiscence*. Hal

ini sesuai dengan konsep Teori adaptasi Roy bahwa kemampuan adaptif seseorang tindakan hanya membutuhkan sumber internal pada diri klien saja namun membutuhkan dukungan eksternal, dimana dalam hal ini adalah keluarga.

Lansia yang mendapat Terapi *Reminiscence* menurun tanda dan gejala konfusi kronis pada aspek sosial yaitu 1,4 (77,78%) sedangkan pada lansia yang mendapat Terapi *Reminiscence* dan FPE adanya penurunan skor aspek sosial 1,72 (86%) berarti lebih baik 0,32 point. Hal ini relevan dengan hasil penelitian yang Schweitzer (2013) menunjukkan bahwa terapi *Reminiscence* dengan dukungan *caregiver* merupakan program perawatan yang dapat meningkatkan kemampuan lansia demensia salahsatunya peningkatan kemampuan sosial pada klien.

Aspek afektif pada diagnosa keperawatan konfusi kronis menurun pada kedua kelompok lansia setelah aspek kognitif. Lansia yang mendapat terapi kelompok *Reminiscence* terjadi penurunan 1,6 point (66,67%) sedangkan pada lansia yang menerima terapi *Reminiscence* dan FPE menurun 2,01 point (87,39%) berarti ada selisih perbaikan 0,41 point. Hal ini relevan dengan hasil penelitian Stinson (2009) Terapi kelompok *Reminiscence* efektif dilaksanakan kepada lansia yang mengalami masalah gangguan alam perasaan karena suasana keceriaan dan lansia dibuat senyaman mungkin menyampaikan pengalamannya. Tanda dan gejala konfusi kronis pada aspek afektif menempati urutan pertama dibanding aspek lainnya pad lansia yang menerima terapi generalis, *Reminiscence* dan FPE. Hal ini relevan dengan hasil penelitian Patriyani (2009) bahwa dukungan psikologis merupakan dukungan keluarga yang dominan berpengaruh terhadap lansia demensia. Dukungan psikologis membuat klien merasa nyaman sehingga emosi yang tadinya tidak terkontrol secara tidak langsung dapat diredam melalui stimulus lingkungan positif berupa support keluarga selama lansia menajalani perawatan.

Tanda dan gejala pada aspek fisiologis pada diagnosa keperawatan konfusi kronis menurun pada kedua kelompok lansia. Lansia yang mendapat terapi generalis dan kelompok *Reminiscence* terjadi penurunan skor yaitu 1

(60%), sedangkan pada lansia yang menerima terapi *Reminiscence* dan FPE menurun skor 1,15 (73,25%) berarti ada selisih skor perbaikan 0,15. Hal ini relevan dengan pernyataan Downs dan Bowers (2008) bahwa kondisi fisik lansia akan lebih baik seiring dengan perawatan yang melibatkan partisipasi keluarga. Konsep adaptasi Roy menjelaskan bahwa manusia sebagai sistem akan berusaha mempertahankan homeostasis tubuh melalui stimulus positif yang diterimanya.

Aspek perilaku pada diagnosa keperawatan konfusi kronis menurun pada kedua kelompok lansia. Lansia yang mendapat terapi kelompok *Reminiscence* terjadi penurunan 4 point (66,67%), sedangkan pada lansia yang menerima terapi *Reminiscence* dan FPE menurun 2,33 point (43,37%) berarti ada selisih perbaikan 1,67 point. Hal ini relevan dengan hasil penelitian Bharaty, Keliat, Besral (2011) yang menunjukkan bahwa pada lansia depresi yang diberikan terapi *Reminiscence* dan FPE menunjukkan peningkatan kualitas hidup karena kemampuan klien meningkat seperti kemampuan perawatan diri, ketergantungan penuh menurun dan mampu melakukan pekerjaan sederhana sesuai kemampuannya.

Tanda dan gejala diagnosa keperawatan konfusi kronis pada aspek kognitif mengalami penurunan setelah diberikan asuhan keperawatan. Pada lansia mendapat Terapi *Reminiscence* menurun 3,8 point (38%), sedangkan pada lansia yang menerima terapi *Reminiscence* dan FPE menurun 4,58 point (45,8%) berarti ada selisih perbaikan 1,67 point. Selanjutnya hasil evaluasi MMSE pada lansia mendapat asuhan keperawatan terjadi peningkatan dari kondisi sebelumnya.

Lansia yang mendapat Terapi *Reminiscence* dan FPE menunjukkan peningkatan yaitu 3,43 point sedangkan pada lansia yang mendapat Terapi *Reminiscence* saja meningkat 3,20 point, berarti ada selisih 0,23. Hal ini relevan dengan hasil penelitian yang dilakukan Gibson, Haight dan Michel dalam Innes dan McCabe (2007) menunjukkan bahwa 14 lansia dari 30 lansia yang diberikan intervensi Terapi *Reminiscence* dengan kombinasi *life review* menggunakan *storybook* (buku riwayat hidup) menunjukkan hasil yang signifikan yaitu peningkatan MMSE 3,36 point. Hasil

penelitian relevan dengan hasil asuhan yang penulis lakukan bahwa Terapi *Reminiscence* dengan berbagai stimulus pancaindera ditambah peran serta keluarga memberikan dampak positif pada perkembangan kognitif lansia.

Nilai pengukuran MMSE pada kedua kelompok lansia apabila dicermati lebih lanjut ada selisih lebih baik pada lansia yang menerima terapi generalis, *Reminiscence* dan FPE, namun masih kurang signifikan karena selisih 0,23. Penulis berpendapat bahwa hasil asuhan keperawatan yang diberikan pada lansia dengan kombinasi terapi keperawatan seharusnya memiliki nilai *signifikan* lebih dari apa yang telah disajikan. *Mean* skor MMSE pada lansia yang menerima tiga terapi keperawatan memiliki keseimbangan data yang besar antara nilai minimum dan nilai maksimum karena salah satu lansia hanya mampu progress 1 skor mengingat kondisi fisiknya yang lemah dan adanya masalah organik otak yang tidak bisa terkoreksi dengan baik.

## SIMPULAN DAN SARAN

### Simpulan

Hasil evaluasi pelaksanaan terapi menunjukkan bahwa terapi generalis, Terapi Kelompok *Reminiscence* dan *Family Psychoeducation* (FPE) yang memberikan efek positif pada klien dan keluarga yaitu penurunan tanda dan gejala, peningkatan kemampuan klien dan kemampuan keluarga dalam mengatasi masalah konfusi kronis.

Terapi generalis dan *Reminiscence* tepat diberikan pada lansia demensia dengan diagnosa keperawatan konfusi kronis yang dominan tanda dan gejala pada aspek sosial. Terapi generalis, *Reminiscence* dan FPE tepat diberikan pada lansia demensia dengan diagnosa keperawatan konfusi kronis yang dominan tanda dan gejala pada aspek afektif.

### Saran

Menetapkan kebijakan terkait dengan program pelayanan keperawatan spesialisik khususnya penerbitan standar asuhan keperawatan terkait dengan pelaksanaan manajemen kasus spesialis pada lansia demensia dengan konfusi kronis.

Perlunya pengembangan pelayanan kepada lansia demensia dengan perawatan menggunakan terapi generalis konfusi kronis, terapi *reminiscence* dan FPE sehingga lansia dapat menjalani perawatan secara optimal.

## DAFTAR PUSTAKA

- Alligood, M. R. (2014). *Nursing Theorists And Their Work 8th Edition*. St. Louis, Missouri : Elsevier Mosby.
- Alzheimer's Society. (2014). *Am I at risk of developing dementia?*. <http://www.alzheimer.org.uk>
- Andrén, S, Elmståhl, S. (2008). *Effective psychosocial intervention for family caregivers lengthens time elapsed before nursing home placement of individuals with dementia: a five-year follow-up study*. *International Psychogeriatrics* 20.6 (Dec 2008): 1
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kementerian Kesehatan RI. (2013). *Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2013*. Jakarta : Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Bharaty, E.B.S., Keliat, B.A., Besral. (2011). *Pengaruh Terapi Reminiscence Dan Psikoedukasi Terhadap Kondisi Depresi Dan Kualitas Hidup Lansia Tahun 2011*. Tesis. Jakarta : Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- Bickel, H., Kurz, A. (2009). *Education, Occupation, and Dementia: The Bavarian School Sisters Study. Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* 27.6 (Jul 2009): 548-56.
- Caamaño-Isorna, F., Corral, M., Montes-Martínez, A., Bahi, T. (2006). *Education and Dementia: A Meta-Analytic Study*. *Neuroepidemiology* 26.4 (Jun 2006): 226-32.
- Carson, V.B (2000). *Mental health nursing: the nurse-patient*. Journey Philadelphia: WB. Saunders Company

- De Deyn, Goeman, Vervaet, Dourcy-Belle-Rose, Van Dam, D et al. (2011) *Prevalence and incidence of dementia among 75-80-year-old community-dwelling elderly in different districts of Antwerp. Belgium: The Antwerp Cognition (ANCOG) Study Clinical Neurology and Neurosurgery* 113.9: 736-45.
- Doenges, M.E, Townsend, M.C dan Moorhouse, M.F. (2006). *Nursing Care Plans: Guidelines for Individualizing Client Care Across The Life Span*. Philadelphia: F.A Davis Company.
- Downs, M and Bowers, B. (2008). *Excellence in Dementia Care : Research into Practice*. New York: Bell and Bain Ltd, Glasgow.
- Greenblat, C. (2012). *10 Facts on Dementia*. [www.who.int/features/factfiles/dementia/en/](http://www.who.int/features/factfiles/dementia/en/) - 21k.
- Hill, T.D., Burdette, A.M, Angel., J.L., (2006). *Religious Attedance and Cognitive Among Older Mexican Americans*. Jurnal Gerontology B Psychol Sci Soc Sci2006- 6191):P3-9.
- Ide, P. (2008). *Gaya Hidup Penghambat Alzheimer*. Jakarta : PT. Elex Media Komputindo.
- Innes, A., McCabe. L., (2007). *Evaluation in Dementia Care*. Philadelphia: Jessica Kingsley Publisher.
- Jones, G. M. M. and Miesen, R.M.L. (2005). *Care-Giving in Dementia : Research and Aplications* Volume 3. New York: Taylor & Francis e-Library.
- Keliat, B. A & Akemat. (2004). *Keperawatan Jiwa: Terapi Aktivitas Kelompok*. Jakarta : EGC.
- Keliat, B.A., Akemat, (2012). *Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa*. Jakarta: EGC.
- Kementerian Kesehatan R.I. (2013). *Buletin Jendela Semester I 2013 : Topik Utama Gamabaran Kesehatan Lanjut Usia di Indonesia*. Jakarta : Pusat Data dan Informasi Kesehatan Kementerian Kesehatan R.I
- Lavretsky, H., Siddarth, P., Irwin, M.R. (2010). Improving Depression and Enhancing Resilience in Family Dementia Caregivers: A Pilot Randomized Placebo-Controlled Trial of Escitalopram. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 18.2 (Feb 2010): 154-62.
- Patriyani, R.E.H. (2009). *Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Tipe Demensia Pada Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Gatak Sukoharjo*. Tesis. Jakarta : Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- Pendlebury, S.T and Rothwell, P.M. (2009). Prevalence, Incidence And Factors Associated With Pre-Stroke And Post-Stroke Dementia : A Systematic Review And Meta-Analysis. [Http://www.thelancet.com/neurology](http://www.thelancet.com/neurology) vol 8.
- Pusat Data dan Informasi Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. (2013). *Buletin Lansia Edisi 1*. Jakarta : Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Melillo, K.D. & Houde, S.C. (2011). *Geropsychistic and Mental Health Nursing* Sccond Edition. Sudbury: Jones & Barlett Learning.
- Missesa, Keliat, B.A., Wardhani, I.Y. Putri, Y.S.E. (2013). *Pengaruh Terapi Kelompok Reminiscence dan Life Review terhadap Depresi pada Lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Tangkiling Kota Palangka Raya*. Tesis. Jakarta : Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- Mosack, V. (2011). *Phsyhiatric Nursing Certification Review Guide : For The Generalist and Advanced Practice Psychiatric and Mental Health Nurse* Thirt Edition. Sudbury : Jones and Bartlett Publishers.

- NANDA. (2012). *NANDA International : Diagnosis Keperawatan (Definisi dan Klasifikasi) 2012 – 2014*. Jakarta : EGC.
- Ravaglia, G., Forti, P., Maioli, F., Bastagli, L., Montesi, F., et al. (2007). Endogenous Sex Hormones as Risk Factors for Dementia in Elderly Men and Women. *The Journals of Gerontology* 62.9 (Sep 2007): 1035-41.
- Schweitzer, P., Bruce, E. (2008). Remembering Yesterday, Caring Today : Reminiscence in Dementia Care. A Guide to Good Practice. London : Jessica Kingsley Publishers.
- Schweitzer, P. (2013). Reminiscence in Dementia Care. A Guide to Good Practice. *The International Journal of Reminiscence and Life Review* 2013, Volume 1, Issue 1, pp.42-47. [Http://www.ijrlr.org/ojs/index.php/IJRLR](http://www.ijrlr.org/ojs/index.php/IJRLR).
- Stanley, M. dan Beare, P.G. (2006). Buku Ajar Keperawatan Gerontik Edisi 2. Alih bahasa : Juniarti N., Kurnianingsih, S. Editor : Meylin E., Ester M. Jakarta : EGC.
- Steele, C. (2010). Nurse to Nures Dementia Care : Expert Intervention. USA: *The McGraw-Hill Companies*.
- Stinson, C.K (2009). Structured Group Reminiscence: an intervention for older adults. *The Journal of Contiuning Education in Nursing*. November. Vol 40, No.11 <http://proquest.umi.com>.
- Stuart, G.W., (2013). *Principles and practice of psychiatric nursing. (Tenth Edition)*. St Louis: Elsevier Mosby.
- Schulz, R; Martire, L. M. (2004). *Family Caregiving of Persons With Dementia: Prevalence, Health Effects, and Support Strategies*. *The American Journal of Geriatric Psychiatry* 12.3 (May/Jun 2004): 240-9.
- Touhy, T.A and Jett, KF.. (2010). *Ebersole And Hess' Gerontological Nursing Healthy Aging 3rd Edition*. St Louis, Missouri :Saunders Elsevier.
- Townsend, M.C. (2009). *Psychiatric Mental Health Nursing : Concepts of care in Evidance-based Practice Sixth Edition*. Philadelphia :F.A Davis Company.
- Vernooij-Dassen, M., Joling, K., Van Hout, H., Mittelman, M.S. (2010). *The process of family-centered counseling for caregivers of persons with dementia: barriers, facilitators and benefits*. *International Psychogeriatrics* 22.5 (Aug 2010): 769-77.
- Videbeck, S.L. (2011). *Psychiatric Mental Health Nursing. (5<sup>th</sup> edition)*. Philadhelpia: Lippincott. Williams & Wilkins.
- Word Health Organization (WHO). (2013). *Dementia : A Public Health Priority*. [Http://site.ebrary.com/id/10718026?ppg=1](http://site.ebrary.com/id/10718026?ppg=1)
- Word Health Organization (WHO). (2014). *Mental Health Action Plan 2013-2014..* [Http://site.ebrary.com/id/10265303?ppg=6](http://site.ebrary.com/id/10265303?ppg=6)